LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : Fracture unique de l'atlas, par traumatisme, mort subite, par M. Hugues, de Saïda (Algérie), 241. — **Clinique médicale** : Tænia inerme; crises douloureuses avec ictère intermittent simulant des accès de coliques hépatiques, par M. Brunet, 242. — **Bibliographie** : La vie privée d'autrefois. La vie de Paris sous la régence. Les animaux, par A. Franklin, 243. — **Revue de la presse** : Sur la guérison de la cécité par les rayons de Rœntgen; expériences faites à Milan, 243. — **Académie des sciences** : *Séance du 5 avril* 1897. Présidence de M. Chatin. — Sur les accidents que peuvent produire les calorifères de cave, 244. — De l'influence de la franklinisation sur la voix des chanteurs, 244. — De l'action des courants de haute fréquence sur la virulence du streptocoque, 244. — Action des rayons X sur le cœur, 245. — Sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberculose, 245. — **Académie de médecine** : *Séance du 13 avril* 1897. Présidence de M. Caventou. — Polypes des fosses nasales, 245. — Corps étrangers de l'œsophage, 245. — La peste, 246. — Appendicite, 246. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 9 avril* 1897. Présidence de M. Debove. — Statistique de quatre-vingts cas d'appendicites, 247. — Séro-diagnostic rétrospectif de la fièvre typhoïde et séro-diagnostic retardé, 247. — Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques, 248. — Paralysie bulbaire asthénique descendante avec autopsie (syndrome d'Erb), 248. — Sable intestinal, 249. — Azoturie dans la périty phlite, 249. — Sur la fréquence des troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau, 249. — **Société de médecine de Paris** : *Séance du 10 avril* 1897. Présidence de M. Bouloumié. — Les premières radiographies faites sur le poumon sain et sur le poumon malade, 252. — **Société médicale du Louvre** (Ier et IIe arrondissements) : *Séance du 17 novembre* 1896. Présidence de M. A. Chassevant, 252. — **Société médicale du VIe arrondissement** : *Séance du 29 juin*. Présidence de M. Dromain, 253. — **Société de chirurgie** : *Séance du 14 avril* 1897. Présidence de M. Delens. — Double pied bot congénitale varus équin grave, traité par la tarsectomie double, 254. — **Variétés** : Association des médecins de la Seine, 254. — **Correspondance**, 255. — **Nouvelles**, 255.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Fracture unique de l'atlas, par traumatisme; mort subite (1).

Par M. Hugues, de Saïda (Algérie).

Il nous a été donné de constater une fracture particulière de l'atlas, d'origine traumatique, que nous n'avons jamais vue relatée, du moins à notre connaissance.

Au mois de juin 1896, nous avons fait l'autopsie de la femme Bouaziz Fatma Bent Hamed, morte subitement aussitôt après avoir reçu un violent coup de bâton sur la nuque. Fatma n'avait jamais été malade et présentait une constitution générale excellente.

(1) Communication à la Société de médecine de Paris.

Tous les viscères abdominaux, thoraciques, le cerveau, etc., offrent une apparence normale.

La région cervicale postérieure est le siège d'un hématome s'étendant entre l'occipital et la 4e vertèbre du cou et autour du pharynx supérieur où le doigt, introduit dans la bouche, permet de le sentir. Nous n'énoncerons pas les différents procédés de dissection employés pour observer les lésions existantes; nous énumérerons simplement celles-ci.

Les os du crâne, les vertèbres cervicales sont sains, sauf l'atlas qui, dépouillé de ses parties molles, montre les particularités suivantes : l'arc postérieur est détaché du corps de la vertèbre par une solution de continuité suivant uniquement la partie la plus déclive des deux gouttières des artères vertébrales. La fracture, à droite et à gauche, a des bords presque rectilignes, à dentelures peu marquées; la direction générale de ses surfaces est de haut en bas et d'avant en arrière et l'obliguité de 45 degrés environ.

Au moment de l'examen cadavérique nous observons un déplacement remarquable. L'arc postérieur fracturé a glissé en avant, s'est porté au-dessus de la demi-gouttière vertébrale encore attenante aux masses articulaires, de telle façon que ses pointes rugueuses sont enfoncées dans le coin formé par ces masses articulaires surplombant légèrement la gouttière de l'artère vertébrale d'un côté et la partie antérieure de cette gouttière de l'autre. Mais le reste de l'arc postérieur a basculé en bas et en avant, s'est enclavé dans l'arc osseux formé par les lames latérales de l'axis et par son apophyse épineuse légèrement surélevée, qui fait obstacle à la réduction.

Les muscles petits droits postérieurs de la tête ont été entraînés en avant; quelques-unes de leurs fibres sont rompues en arrière et leur extrémité tendineuse vertébrale est en partie prise, pincée, pour ainsi dire, entre le bord supérieur et postérieur de l'axis et l'arc déplacé de l'atlas.

Les artères vertébrales sont déchirées et refoulées au-dessous des masses articulaires. Le ligament occipito-atloïdien postérieur est dilacéré.

Ainsi les parties molles en contact avec la portion osseuse déplacée, enserrées avec celles-ci, contribuent beaucoup à maintenir le fragment brisé dans sa situation anormale. Ce fragment est incliné de 60 degrés, approximativement, sur l'horizontale.

Une coupe appropriée nous permet d'examiner le bulbe : il est comprimé entre l'axis et le morceau dé-

placé de l'atlas; la dure mère est intacte; sur sa face intérieure existe un petit épanchement sanguin.

Le témoignage des personnes présentes à l'instant du crime nous invite à affirmer que la mort subite, immédiate, a été causée, non par l'hémorrhagie des artères blessées, mais bien par la compression bulbaire. Le bâton dont s'est servi le meurtrier, assez long et d'un centimètre et demi de diamètre, est fait d'un bois très dur et très pesant. Le coup a été donné avec une violence extrême. La victime, au moment où elle fut frappée, était courbée en avant, le tronc plié, la tête rentrée en quelque sorte dans les épaules et distante du sol de 0,50 centimètres environ.

Il est à remarquer que la solution de continuité de l'os s'est effectuée au lien de moindre résistance de la vertèbre.

La fracture et le déplacement spécial sont probablement dus à la force excessive du choc, pendant le relâchement des principaux muscles de la nuque. L'os traumatisé ne montre aucune tare pathologique, aucune trace d'inflammation aigue ou chronique.

CLINIQUE MÉDICALE

Tænia inerme; crises douloureuses avec ictère intermittent simulant des accès de coliques hépatiques (1).

Par M. le Dr Brunet.

Mme R..., âgée de 75 ans, jouit d'une excellente santé. Elle n'a jamais fait aucune maladie, sauf le choléra qu'elle contracta en 1849.

Le 20 septembre dernier, elle fut prise subitement d'une douleur très vive au niveau du creux de l'estomac. En même temps elle éprouva un frisson très violent: elle se mit à grelotter, ses dents claquèrent, elle avait la bouche sèche et éprouvait une vive sensation de froid. Puis elle eut des nausées, et la crise prit fin après qu'elle eut vomi. Elle avait duré cinq heures consécutives.

Quelques heures après cette crise, la malade s'aperçut qu'elle était jaune.

Pendant toute la durée de l'accès elle n'avait pas uriné, et, le reste de la journée et le jour suivant, elle ne rendit que quelques gouttes d'urine épaisse et fortement colorée.

L'ictère disparut au bout de deux ou trois jours, et les mictions redevinrent normales le surlendemain de la crise.

A partir de ce moment, Mme R... qui, jusque-là, avait été bonne mangeuse, perdit complètement l'appétit. Puis survint une constipation opiniâtre qui résista à tous les moyens mis en œuvre.

Huit jours après cette première crise, en survint une seconde, exactement semblable. Et les crises se succédèrent alors avec une parfaite régularité tous les sept ou huit jours, présentant le même ensemble de symptômes, survenant à n'importe quelle heure de la journée, rarement la nuit, et ne différant entre elles que par une durée de plus en plus courte.

Dans l'intervalle, la malade était plongée dans un abattement profond, avec la même anorexie et la même constipation.

Je la vis pour la première fois le 3 novembre dernier, au lendemain d'une crise qui avait duré une heure environ. Elle était dans un état de lassitude extrême. Les téguments présentaient une teinte jaune caractéristique. Les conjonctives étaient fortement imprégnées de bile. Il n'y avait pas de fièvre ; le pouls était petit et régulier. Le cœur et les poumons absolument sains. Le foie avait son volume normal.

La pression au niveau du creux épigastrique provoquait une vive douleur.

Les urines peu abondantes, d'une teinte acajou très nette, contenaient une très grande quantité de cristaux d'urate de soude. Elles ne contenaient pas d'albumine, mais le réactif de Gmélin mettait en évidence une grande quantité de pigments biliaires.

En présence de ces signes, joints à ceux de la crise de la veille : douleur aiguë à l'épigastre, fièvre, nausées, vomissements, je n'hésitai pas à porter le diagnostic de coliques hépatiques avec accès de fièvre intermittente hépatique.

Mais, en dépit du traitement que je fis suivre à la malade, les accès se répétèrent comme auparavant, avec une désespérante régularité, tous les sept ou huit jours. Cependant, ils duraient moins longtemps, et ils étaient moins violents; mais les mêmes symptômes, bien que légèrement atténués, se retrouvaient à chaque crise nouvelle.

Le 31 décembre, dans l'intervalle de deux crises, la malade rendit quelques anneaux de tœnia.

Trois jours plus tard, le 3 janvier, je lui fis prendre seize capsules d'extrait éthéré de fougère mâle, suivant la formule de Créquy, et, le soir même, elle rendit un tœnia inerme long de cinq mètres environ. A partir de ce jour, les crises ne se reproduisirent plus. L'appétit revint peu à peu; la constipation disparut complètement; la malade reprit ses forces et sa gaieté, et actuellement, elle est entièrement remise de cette longue série d'accidents.

Les cas de ce genre sont très rares, et, on ne trouve guère dans la littérature médicale qu'une observation analogue publiée en 1882 par M. Letulle dans la *Revue de Médecine*. Dans cette observation il s'agit d'une femme qui fut prise d'accidents hépatiques, simulant un débit de cirrhose et qui guérit après l'expulsion d'un tœnia solium.

Ern. Dupré, qui cite ce cas dans sa thèse sur les infections biliaires, croit qu'il s'agit là d'une infection

(1) Communication faite à la Société de médecine de Paris, séance du 13 mars 1897.

aiguë consécutive à l'implantation du ver sur l'ori- duodénal du cholédoque.

hez notre malade, on peut admettre sans difficulté les accidents observés étaient dus à la présence du ia dans le duodénum. Mais, pour expliquer la patho- ie de ces accidents, nous en sommes réduits aux othèses. On pourrait supposer qu'ils étaient la con- uence d'un simple réflexe, ou bien que le parasite errompait le cours normal de la bile en fixant sa tête en pelotonnant ses anneaux au niveau de l'ampoule Vater, ou bien encore qu'il pénétrait dans l'intérieur me du canal cholédoque, réalisant ainsi un véritable héterisme septique des voies biliaires. Cette dernière othèse expliquerait à la fois les phénomènes dou- reux, la rétention biliaire et les signes d'infection ervés chez notre malade.

BIBLIOGRAPHIE

Vie privée d'autrefois. — La Vie de Paris sous a régence. — Les Animaux, par A. FRANKLIN. vol. in-12, chez Plon et Nourrit.

M. Alfred Franklin vient de publier deux nouveaux umes qui font suite à sa collection si curieuse ayant ur titre : *La Vie privée d'autrefois*. Ils constituent 20e et 21e volumes de la collection.

Sept de ces volumes ont été couronnés par l'Acadé- e des sciences, par l'Académie française et par cadémie de médecine.

Ecrits avec une science pittoresque, ornés de gra- res exécutées d'après les estampes du temps, ils us donnent les détails les plus intéressants sur les eurs, les usages du parisien depuis le XIIe siècle. Les uq volumes qui ont été couronnés par l'Académie de édecine sont relatifs aux médecins, aux chirurgiens, x Variétés chirurgicales, aux apothicaires, à l'hy- ène.

L'un des deux volumes qui viennent de paraître ous fait connaître la vie de Paris sous la régence.

C'est la narration vraie d'un observateur sagace qui visité Paris pendant la minorité de Louis XV et qui a étudié la société et les plaisirs. Nous y trouvons chapitre intéressant sur la Conservation de la santé Paris.

L'autre volume qui a pour titre *Les Animaux* est nsacré aux curiosités zoologiques du moyen âge, aux énageries des XIIIe et XIVe siècles, aux animaux histo- ques, à ceux qui ont été les favoris, etc. Entre autres riosités, on lit que Charles VI avait un moyen de uérir la rage, moyen inconnu de Pasteur, c'était de ire chanter des messes « pour les chiens, limiers et vriers devant Saint-Mesmin ». Il ne nous dit pas si remède avait été efficace.

Quoiqu'il en soit, les deux derniers volumes que vient de publier M. Alfred Franklin sont extrêmement intéressants et ils complètent agréablement la collection entreprise par leur auteur. A. C.

REVUE DE LA PRESSE

Sur la guérison de la cécité par les rayons de Roentgen ; expériences faites à Milan, par le Prof. MURANI. — Les relations, venues d'Amérique et répandues par les journaux politiques, d'effets curatifs merveilleux obtenus sur des aveugles, par Edison et par d'autres expérimentateurs, par l'emploi des rayons X, ont engagé le prof. O. Murani, de Milan, à faire des expériences sur des malades de l'Institut des aveugles de cette ville.

Cinq sujets examinés par le Dr de Magri, médecin oculiste, furent soumis à l'expérience : un des sujets était aveugle-né ; deux le sont devenus et ne perçoivent pas la moindre lumière ; deux autres perçoivent la lumière du jour mais ne distinguent pas les objets.

L'appareil mis en œuvre par le prof. Murani consistait en une grande bobine pouvant donner 25 centimètres d'étincelle entre ses parachutes, alimentée par une dérivation convenable du courant fourni par l'usine centrale.

Comme tube de Crookes, deux appareils ont été successivement expérimentés ; l'un ordinaire en forme de poire, l'autre, à anticathode, construit sur les indications spéciales du prof. Murani, beaucoup plus puissant que le premier. Sur un écran fluorescent au platinocyanure de potassium, on distingue très nettement avec eux, et tout de suite, le squelette de la main et celui du bras revêtu de ses vêtements.

Ceci dit, les expériences sur les sujets aveugles furent conduites de la façon suivante : un vaste écran de carton noir étant interposé entre eux et le tube de façon à intercepter les radiations lumineuses émises par fluorescence, on actionne le tube et on leur demande s'ils ont éprouvé une sensation lumineuse. Le résultat a été négatif comme il fallait s'y attendre, étant donné que les yeux sains, eux-mêmes, dans ces conditions, ne perçoivent pas les rayons X.

Dans une seconde épreuve, on place les sujets aveugles devant les écrans fluorescents au platinocyanure de potassium et au tungstate de calcium, brillamment illuminé sous l'action des tubes de Crookes : les trois premiers aveugles n'ont absolument rien perçu ; les deux derniers, ceux qui percevaient la lumière du jour, ont perçu la lueur de l'écran ; l'un d'eux a même pu compter sur l'écran, difficilement à vrai dire, les ombres des doigts d'une main, mais il n'a pas su distinguer la forme d'une clef ni celle d'autres objets.

Comme conclusion à cet exposé fidèle des faits, l'auteur est d'avis que les rayons X ne constituent pas

un moyen de rendre la vue aux vrais aveugles, et il ajoute que c'est avec la plus grande réserve que nous devons toujours accueillir les récits de découvertes extraordinaires, de la nature de celle-ci, qui nous viennent d'au delà des mers. (*L'Elettricita*, 13 décembre 1896.)

Nous reproduisons cette note, empruntée aux *Archives de l'Electricité médicale* du prof. Bergonié, de Bordeaux, uniquement pour montrer jusqu'à quel point les savants les plus consciencieux, comme doit l'être le prof. Murani, peuvent pousser la naïveté. S'imaginer que les rayons X peuvent rendre la vue à des aveugles privés, par exemple, de nerf optique et de rétine, que des aveugles peuvent arriver à voir ce que des gens doués d'une excellente vue ne distingueront nullement, c'est faire preuve d'un caractère facile.

A. Ch.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 5 avril 1897. — Présidence de M. Chatin.

Sur les accidents que peuvent produire les calorifères de cave. — M. N. Gréhant. Dans un grand nombre d'appartements de Paris et dans les édifices publics, le chauffage de l'air a lieu à l'aide de calorifères installés dans les caves ; l'air circule dans des tuyaux chauffés par des foyers puissants et vient se déverser par des bouches de chaleur.

Depuis deux ans, plusieurs accidents attribués par les médecins à l'oxyde de carbone m'ont été indiqués, soit par M. le Préfet de Police, à la suite de plaintes qui lui avaient été adressées soit par des particuliers, et j'ai fait dix analyses complètes par mes procédés de l'air puisé au niveau des bouches de chaleur de calorifères. Neuf fois sur dix, mes résultats ont été négatifs ; je trouvais une absence complète d'oxyde de carbone et la composition normale de l'air pur.

Mais dans un cas particulier, qui s'est présenté chez un médecin de mes amis, dans un immeuble important de la rive gauche, il n'en a pas été de même.

Je suis parvenu avec de la persévérance à reconnaître que dans des conditions encore mal définies, l'air provenant d'un calorifère de cave peut contenir assez d'oxyde de carbone pour produire des accidents, mais il faut pour déceler ce gaz faire des prises d'air le plus tôt possible et je demande à être prévenu à l'avenir par dépêche télégraphique, lorsqu'un accident se produira.

Le lendemain, dans le même appartement, j'ai fait une seconde prise de gaz au niveau d'une bouche de chaleur et je n'ai pas trouvé la moindre trace d'oxyde de carbone.

On est porté tout naturellement à penser que les gaz de la combustion traversent, comme l'a démontré mon éminent maître et ami Henri Sainte-Claire Deville, les parois de la fonte lorsqu'elles ont été portées au rouge ; mais la démonstration de ce passage n'est pas facile, elle a exigé des expériences à la suite desquelles l'exactitude de ce fait important se trouve démontrée.

M. Gréhant a fait disposer, dans la galerie qui précède la salle des séances de l'Académie des Sciences, un appare qu'il appelle *myodynamomètre à sonnerie* qui permet d démontrer qu'un muscle gastrocnémien de grenouille, pe sant 0 gr. 5, peut soulever un poids égal à 1 kg.

De l'influence de la franklinisation sur la voix de chanteurs. — MM. A. Moutier et Granier. La franklinisation exerce une action particulière sur la voie chantée.

Lorsqu'on soumet à la franklinisation des chanteurs n'é tant atteints ni de lésion de l'appareil vocal, ni même d'a fection générale, en les faisant asseoir sur un tabouret is lant, relié au pôle négatif d'une machine statique à gran débit et en leur faisant respirer les effluves que l'on dé gage au niveau de leur visage à l'aide d'un balai de chien dent, on observe au bout de peu de temps, souvent dès l première séance, des modifications au point de vue de l'in tensité, de la hauteur et du timbre de la voix.

Intensité. — La voix est plus ample, le son est renforcé.

La respiration est, en effet, modifiée : les inspiration sont plus profondes, plus puissantes, tandis que l'expira tion se fait plus également et dure plus longtemps.

L'apppui est meilleur, plus solide.

L'essoufflement que produisent la multiplicité et la rapi dité des inspirations dans certains morceaux de chant es très diminué et devient presque nul.

Hauteur. — La voix tend à s'étendre dans le registr aigu. C'est surtout dans ce registre que l'action se mani feste ; le maniement en est plus souple, ce qui permet a chanteur de s'en servir et de s'y maintenir plus aisément

Il en résulte que les notes élevées sont plus faciles e plus puissantes.

Timbre. — La voix plus claire acquiert une qualité tout spéciale : du *mordant*. Elle prend un timbre particulier qu les artistes comparent à celui que l'on observe dans la pé riode prémonitoire du coryza.

Le passage, généralement si difficile, du registre ouver au registre sombré est bien plus aisé.

En résumé : chez les artistes qui ne sont atteints d'au cune affection pouvant avoir une influence sur le bon fonc tionnement de leur appareil vocal, on observe, à la suite d la franklinisation, que la voix devient plus ample, plu claire, plus souple, qu'elle acquiert un timbre particulière ment agréable, qu'elle est plus facile et se fatigue moins vite

La franklinisation facilite l'étude du chant aux élèves e aux débutants ; elle donne à la voix des artistes une beauté inusitée.

De l'action des courants de haute fréquence sur la vi rulence du streptocoque. — M. Louis Dubois (de Reims) J'ai choisi comme germe pathogène le streptocoque, e comme animal le lapin, parce que les réactions sont de plus faciles à observer dans tous leurs détails.

L'animal inoculé à l'oreille présente, après une incubation de quelques heures, une rougeur d'abord circonscrite puis s'étendant rapidement aux parties voisines ; en même temps une fièvre vive s'allume, et, si le streptocoque était très virulent, l'animal succombe en peu d'heures.

Pour soumettre les cultures au courant de haute fré quence, j'ai procédé ainsi.

La culture, en sérum liquide, était contenue dans u petit sac en parchemin dont les coutures étaient soudée à la paraffine. Ce petit sac, de 6 à 8 cm. de longueur su 1 cm. de large, était suspendu par un fil de soie fixé à chaque extrémité, dans un tube en verre en forme d'U très ouvert, et complètement rempli de sérum liquide. Chaqu

émité de ce tube était fermée par une rondelle de bon de cornue lutée à la paraffine; à ces deux disques charbon étaient fixés les fils conducteurs.

endant le passage du courant, le tout était plongé dans bac rempli d'eau, à la température de 20°, et maintenu à cette température. La bobine dont je me suis servi nait 25 cm. au trembleur d'Arsonval-Gaiffe. Le dispo- employé a été celui indiqué par MM. d'Arsonval et rrin.

'effet immunisant et l'effet curatif ont été nuls. Les ines avaient simplement subi une atténuation considéle.

n présence de ces faits, il semble donc que l'on doive onnaître, aux courants de l'Arsonval, une action énerue et perturbatrice, sur la vitalité et la virulence de ptocoque, et probablement aussi des autres microbes, nme MM. d'Arsonval et Charrin l'ont démontré pour la ille de Löffler. Il ne paraît pas y avoir une formation réciable d'antitoxines.

Action des rayons X sur le cœur. — MM. Gaston Seguy F. Quénisset. Nous avons constaté simultanément que, l'on reste soumis pendant *très longtemps* à l'action des ons X, on éprouve du côté du cœur des troubles partiiers qui se font sentir par des palpitations insupporles et des battements très violents et très irréguliers. Gaston Seguy l'a constaté sur lui-même après de nomuses expositions aux radiations nouvelles. M. F. Quéset a fait ces observations sur une personne qu'il avait mise pendant assez longtemps au traitement des ons X pour y expérimenter leur action thérapeutique. malade a d'abord éprouvé une grande oppression du é du cœur, puis des battements très violents et irréguirs qui devenaient absolument insupportables et dangeux lorsque les rayons X traversaient la poitrine. On fut ligé de placer une feuille métallique assez épaisse pour ercepter les radiations sur la partie éprouvée.

Sur la forme actinomycosique du bacille de la tuberlose. — MM. Babès et C. Levaditi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 avril 1897. — Présidence de M. Caventou.

La Correspondance comprend : 1° des lettres de MM. Chauffard et Troisier qui se portent candidats dans la section de thologie médicale; 2° une lettre de M. Lailler, phamarien de l'asile de Quatre-Mares, qui se porte candidat au tre de correspondant (4e division); 3e une note de MM les rs Carrière et Castels (de Bordeaux), intitulée : *contribution à l'étude de la pathogénie de la mort par le froid.*

Polypes des fosses nasales. — M. Péan. Les polypes du ez ont fixé depuis fort longtemps l'attention des chirurgiens, et leur étude a suscité de très nombreux travaux, urtout dans le cours de ce siècle. Leur classification a arié, comme le démontrent les diverses dénominations u'on leur a tour à tour appliquées. De nos jours, les divisions qui ne reposaient que sur l'examen à l'œil nu ont été emplacées par celles qui s'appuient sur les données histologiques. On aurait pu supposer que, grâce aux recherches es plus récentes, on serait ainsi arrivé à fixer d'une façon ndiscutable la nature de ces sortes de tumeurs et leur évolution, à répondre en un mot nettement à cette question qui se pose si impérieusement en clinique : de savoir s'il s'agit d'un néoplasme *bénin* ou *malin*. Or, malheureusement, il n'en est rien, parce que entre ces deux variétés de tumeurs *types*, si distinctes, il en existe d'autres, intermédiaires, auxquelles nous avons donné des premiers, avec mon regretté collaborateur Ordonnez, le nom de *mixtes*, pour bien faire comprendre que ces dernières ont une évolution spéciale, tenant à ce que, à côté des éléments prédominants il y en a d'autres qui, pour n'être qu'accessoires, n'ont pas une moindre importance. Nous montrions également, dès 1858, que certaines tumeurs que l'on classait habituellement parmi les tumeurs bénignes, telles que les *fibrômes*, peuvent récidiver sous forme de tumeurs fibro ou embryo-plastiques, non par le fait d'une anomalie, mais bien par suite d'une transformation en rapport avec les données embryologiques.

Les faits que nous allons rapporter et qui tous ont trait à la pathologie chirurgicale des fosses nasales sont une nouvelle preuve de l'exactitude de ces assertions.

Il s'agit de quatre malades, qui ont présenté : le premier des polypes mixo-glandulaires, le second des polypes vasculaires, le troisième des polypes fibreux et le quatrième des polypes tuberculeux.

Chez ces malades la récidive s'est produite avec la plus grande rapidité, malgré une extirpation complète, ce qui pouvait faire naître des conjectures sur la nature maligne de toutes ces productions morbides; bien que les examens histologiques, pratiqués par Cornil et Brault, aient paru l'infirmer.

Ces trois observations prouvent qu'il ne faut pas craindre, quand il s'agit de polypes glandulaires, vasculaires ou fibreux des fosses nasales, c'est-à-dire de tumeurs considérées comme bénignes, lorsqu'elles sont étendues multiples et qu'elles ont de la tendance à la récidive, de les enlever très largement, toutes les fois que la chose est possible et au besoin, d'enlever en même temps la pituitaire et le squelette osseux sous jacent, quand elles ont de la tendance à subir la dégénérescence maligne.

Corps étrangers de l'œsophage. — M. Péan. Lorsque je présentai à l'Académie le 7 novembre dernier, un enfant auquel j'avais extrait par l'œsophagotomie externe, un sou de cuivre qu'il avait avalé plusieurs mois auparavant, je citai des exemples semblables dont j'avais été témoin soit dans ma pratique, soit dans celle de mes maîtres et je déclarai qu'il fallait enlever de bonne heure ces corps étrangers sous peine de les voir altérer les parois de l'œsophage et entraîner la mort. J'ajoutais à ce propos qu'il était souvent très difficile, en pareil cas, de reconnaître le siège de ces corps étrangers, d'autant plus qu'ils sont le plus souvent avalés par des enfants dont les renseignements manquent de précision.

Depuis cette époque, trois enfants nous ont été présentés dans des conditions analogues. L'un d'eux âgé de 9 ans, prétendait avoir dans l'œsophage un sou qu'il aurait avalé il y a deux ans. La radiographie, faite par M. Mergier avec son habileté ordinaire, montra que le corps étranger ne siégeait, ni dans l'œsophage, ni dans l'intestin, bien que les parents affirment qu'ils avaient surveillé les garderobes et que l'enfant ne l'avait jamais rendu. Il n'y avait donc pas lieu d'intervenir. Le second enfant, âgé de 3 ans, se plaignait, au niveau de la portion thoracique de l'œsophage, d'une vive douleur qu'il attribuait à une pièce de

monnaie qu'il avait avalée il y a trois mois. La radiographie confirma cette assertion. Enfin, le troisième enfant, que vous voyez, avait avalé dix-huit heures avant qu'il nous fut présenté, une pièce de monnaie semblable. C'est une petite fille âgé de 27 mois. Elle se plaignait d'une violente douleur à la partie antéro-latérale du cou, à l'entrée de la cage thoracique, d'une dyspnée intense et vomissait tous les aliments, même liquides. La mère, justement effrayée, nous conduisit la petite malade à l'hôpital International. Immédiatement, M. Mergier reconnait par la radioscopie que le corps étranger est réellement situé dans l'œsophage, au-dessus de la 1re côte, c'est à-dire un peu plus haut que chez ceux qui ont été déglutés depuis plusieurs mois. Du même coup nous voyons distinctement les mouvements du cœur et ceux du diaphragme. Il n'y a donc pas de doute sur la présence et le siège du corps étranger. Et comme celui-ci n'a pas encore eu le temps de s'enclaver dans l'épaisseur de la paroi œsophagienne, nous parvenons, sans trop de difficulté, à l'extraire à l'aide du petit panier de Graefe. Mais avant l'opération, M. Mergier eut soin de prendre lui-même la belle radiographie que nous vous présentons aujourd'hui et qui montre avec la plus grande netteté, non seulement la pièce de monnaie, mais encore le cœur, les poumons et l'intérieur de la cage thoracique.

La peste. — M. Léon Colin désire demander à M. Brouardel quelques renseignements sur deux cas de peste qui se sont déclarés sur la Tamise, sur un bateau arrivant de Bombay.

M. Brouardel. Nous avons posé à M. Thorne-Thorne à Venise des questions que M. Colin vient de nous poser lui-même et voici ce qu'il nous a répondu. Un bateau venant de Bombay arrive dans la Tamise ; il n'y avait eu aucun malade pendant la traversée ; quelques jours après un matelot tombe malade, on n'a pas fait de diagnostic, cependant on a isolé le malade. Son camarade de cabine tomba malade dès le lendemain et il succomba avec tous les phénomènes de la peste. Pendant la traversée, ces marins avaient conservé les mêmes vêtements que lors de leur départ ; dans la Tamise ayant froid, ils ont pris dans leurs malles les vêtements qu'ils avaient emportés de Bombay et cela paraît bien être la cause de leur maladie. Cela doit nous servir d'indication ; c'est un gros danger que le retour en Europe des vêtements des individus décédés dans les colonies, lorsque les vêtements n'ont pas été désinfectés ; aussi cela ne se reproduira plus. Il n'y a eu d'ailleurs aucun cas secondaire.

Nous sommes d'accord avec M. Colin sur ce point que le bacille de la peste n'aime pas la chaleur. Cependant la peste est restée endémique dans des pays qui ne sont pas des pays froids.

Il est bon de rappeler que la peste n'a pas la puissance d'extension et d'explosion qui accompagne les épidémies de choléra. Dix fois, de 1720 jusqu'à nos jours, des cas de peste ont été importés à Marseille sans provoquer aucune épidémie ; on peut toujours empêcher ce foyer de se produire.

Appendicite. — M. Reclus. Il est deux remarques qu'il m'est difficile de ne pas faire à propos des 103 observations de M. Potain : il est bien difficile de répondre après dix ans du passé pathologique de 103 malades, d'autant plus que l'appendicite n'est pas toujours une maladie grave ; il y a des formes très atténuées qui autrefois passaient complètement inaperçues ou qui étaient prises pour des indigestions banales.

M. Dieulafoy n'admettra comme diagnostics recevables que ceux dans lesquels il y aura un diagnostic chirurgical ; mais alors il y a peu de diagnostics de médecins que l'on puisse accepter. M. Reclus cite deux nouvelles observations de malades opérés par M. Brun et par M. Jalaguier, plus trois observations personnelles. Voilà donc 12 appendicites accompagnées d'entérocolite dans lesquelles les preuves exigées par M. Dieulafoy ont été données. Cette idée a également été admise par la plupart des orateurs qui ont pris la parole sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux.

M. Albert Robin. En dehors des appendicites de cause générale et des appendicites de cause locale, l'appendicite et l'entéro-colite sont toujours la suite d'une dyspepsie antérieure qu'il suffit de traiter pour faire la vraie prophylaxie. Cette dyspepsie se développe presque toujours chez des arthritiques. Les malades conservent l'aspect de la santé, souvent il y a un bon appétit. Il existe de la distension gastrique avec clapotage variable, probablement dû à un spasme du pylore. Il y a aussi de la coprostase. Le foie est augmenté de volume, douloureux. L'examen du suc gastrique montre une augmentation de l'acidité totale où domine l'acide chlorhydrique, puis viennent ensuite l'acide lactique, puis l'acide acétique, enfin l'acide butyrique.

Sur 1.585 cas que j'ai observés, 82 fois il y a eu accidents appendiculaires qui 33 fois ont été qualifiés d'appendicite après consultation avec médecins compétents. 1.106 fois il y avait coprostase surtout dans l'S iliaque, ensuite dans le cæcum, plus rarement dans tout le côlon. Dans les 82 cas d'accidents appendiculaires, cette coprostase était très marquée.

Le mécanisme de ces lésions est le suivant : terrain arthritique, fermentations secondaires, stase des matières fécales anormales, acides, à fermentations irritantes contenant au lieu de 32 grammes de principes organiques 52 grammes. Ces matières organiques renferment des matières azotées au taux de 3 grammes au lieu de 1 gramme. Les phosphates de chaux et de magnésie se rencontrent dans ces matières à la dose de 7 grammes au lieu de 4. L'individu sain perd par ses garde-robes 5.4 p. 100 de son azote, les sujets atteints de cette coprostase en rendent 12.61.

Le cæcum et l'appendice peuvent donc réagir d'une façon particulière contre ces matières si irritantes. Les mucosités stagnent dans l'appendice puis précipitent les phosphates de chaux et de magnésie qui se rencontrent dans ces matières fécales normales. Il se fait alors une inflammation violente de la région sous-jacente et il se produit facilement par suite du gonflement des parois une cavité close, puis à la suite survient l'appendicite avec ses caractères ordinaires.

Dans tous les cas d'appendicites que j'ai observés il s'agissait de cette dyspepsie hypersthénique. Je crois donc que l'appendicite peut facilement survenir chez ces sujets et qu'elle reconnaît le mécanisme complexe que je viens d'indiquer, mais je me hâte de dire que si c'est là la pathogénie la plus fréquente de l'appendicite, ce n'est pas absolument la seule.

Je considère l'entérite muco-membraneuse comme se reliant intimement elle aussi à la dyspepsie hypersthénique. Sur mes 1.106 cas avec coprostase, 149 fois j'ai rencontré l'entéro-colite membraneuse.

Je ne crois pas que le sable intestinal se relie intimement à l'entéro-colite membraneuse. En effet, sur 13 cas de sable intestinal que j'ai étudiés, il n'y avait que 3 fois de l'entéro-colite. A l'analyse il y avait dans ce sable de l'acide phosphorique, de la chaux, de la magnésie; 12 fois de la glace et 8 fois des débris végétaux, d'autres fois de la cholestérine, du charbon. Je crois donc que le sable intestinal est d'origine étrangère; ces substances s'encroutent dans l'intestin des sels que celui-ci renferme.

En somme, l'entéro-colite et l'appendicite se relient à la dyspepsie hypersthénique au moyen de la coprostase.

Il faut donc avant tout supprimer la coprostase et c'est à l'huile de ricin, aux grandes irrigations rectales que je donne la préférence dans ce cas. Quand la région cœcale est douloureuse, je donne l'huile de ricin associée au calomel et à une petite dose de belladone avec frictions d'onguent mercuriel sur la région appendiculaire.

Si la douleur appendiculaire est plus forte je prescris la codéine : une pilule de 3 centigrammes toutes les 8 heures. Dans ces cas l'antisepsie intestinale ne peut rien, ou même produit des accidents.

Le traitement prophylactique de la dyspepsie hypersthénique devra être ainsi réglé. Au début, régime lacté absolu: soit 500 grammes toutes les 3 heures. Après 3 semaines on ajoute riz, pâtes alimentaires, purées de farineux, œufs à la coque ou brouillés, peu de pain, marmelade de pommes.

Au bout de 15 jours: alimentation avec excès de végétaux, fruits, deux tiers pour un tiers de matières azotées (viande hachée, œufs). Comme boisson: eau ordinaire ou minérale. Repos après le repas avec applications chaudes sur la région gastrique.

Traitant ainsi la dypsepsie hypersthénique on pourra sauver nombre de cas éviter les troubles pénibles de l'entéro-colite muco-membraneuse comme aussi les accidents graves de l'appendicite.

M. Panas lit un rapport sur un travail de M. le Dr Dianoux (de Nantes) sur les avantages de l'iridectomie partielle dans le traitement du glaucome chronique.

Laveran lit un rapport sur un travail envoyé par M. le Dr Cardamatis (d'Athènes) et relatif au traitement des fièvres palustres par le bleu de méthylère.

M. Guépin lit un travail sur le traitement de l'hypertrophie prostatique sénile.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 avril 1897. — Présidence de M. Debove.

Statistique de quatre-vingts cas d'appendicites. — M. Talamon rapporte quatre-vingts cas d'appendicites observés par lui, tant en ville qu'à l'hôpital, depuis 1890. Il tire les conclusions suivantes :

Dans l'appendicite perforante suraiguë, le médecin doit se résigner à l'opération, les moyens médicaux étant démontrés impuissants;

Il doit imposer l'opération dans les appendicites suppurées;

Il doit la conseiller dans les appendicites chroniques à rechutes;

Il doit s'y opposer dans les appendicites plastiques ou pariétales, sauf dans certains cas exceptionnels.

Quant à la résection préventive après une crise appendiculaire, M. Talamon la laisse faire mais ne la conseille pas, sauf chez l'enfant dans le cas d'appendicite familiale.

Pour ce qui est du traitement médical, il le résume dans l'emploi de ces quelques moyens : injections de morphine, sangsues, glace, cataplasmes, purgatifs, repos absolu au lit, diète liquide (lait et bouillon). Pour les purgatifs, dit-il, non seulement je ne les regarde pas comme nuisibles ou dangereux, mais encore j'estime qu'ils sont indispensables. Toute la question est de les donner au moment opportun. Ils doivent être absolument proscrits au début de toute appendicite, si légère qu'elle soit. A ce moment, ils ne peuvent qu'empirer la situation, exagérer les contractions douloureuses de l'intestin, favoriser la perforation si elle n'existe pas, en aggraver les conséquences si elle existe. Mais quand la morphine, les sangsues et la glace ont calmé les douleurs aiguës des premiers jours, il ne faut pas hésiter à purger le malade. J'emploie de préférence l'huile de ricin ou le calomel, mais je n'ai pas vu d'inconvénients à administrer ensuite les salins. Les drastiques doivent être rigoureusement proscrits.

Quant à l'opium, contrairement encore à l'opinion de MM. Le Gendre et Moizard, je crois qu'il vaut mieux s'en abstenir.

Séro-diagnostic rétrospectif de la fièvre typhoïde et séro-diagnostic retardé. — M. Achard communique quelques faits intéressants de séro-diagnostic rétrospectif et de séro-diagnostic retardé.

Il a examiné le sang d'une malade de M. Le Dentu, atteinte d'ostéomyélite un an après une fièvre typhoïde. Le pus ne contenait pas de microbes cultivables, mais le sang donnait fortement la réaction. Il était vraisemblable que la persistance de la réaction du sérum était due à la prolongation de l'infection éberthienne sous la forme d'une lésion osseuse. Celle-ci présentait d'ailleurs les caractères cliniques de l'ostéomyélite à bacille d'Eberth. Comme contre-partie, chez un autre malade de M. Le Dentu, qui éprouvait une vive douleur osseuse, et qui avait eu la fièvre typhoïde, la réaction faisait défaut, ce qui venait à l'encontre de l'hypothèse d'une ostéomyélite typhoïdique. Or, l'opération montra qu'il n'existait aucune lésion, et M. Le Dentu conclut à une simple névralgie osseuse.

Chez une malade de M. Debove, entrée avec les signes classiques d'une fièvre typhoïde, MM. Achard et Bensaude n'ont pas trouvé la réaction, même le dix-huitième jour après le début. Ce résultat négatif fit mettre en doute le diagnostic de fièvre typhoïde et l'on songea à la granulie. Mais une hémorragie intestinale étant survenue le trente-neuvième jour, l'idée d'une fièvre typhoïde s'imposa de nouveau et la réaction se montra cette fois dans le sérum.

Si, dans ces cas, conclut M. Achard, on n'avait pas mis une certaine insistance à rechercher l'agglutination, la réaction aurait pu être méconnue et l'on se serait exposé à conclure à tort qu'il s'agissait de fièvre typhoïde sans réaction agglutinante, ou qu'il ne s'agissait pas de fièvre typhoïde parce que la réaction manquait.

Ces faits de réaction retardée sont assurément exceptionnels : MM. Achard et Bensaude, sur 82 cas de fièvre typhoïde dans lesquels ils ont recherché la réaction, n'en ont observé que deux, et le plus souvent la réaction existait dans les délais utilisables pour établir le diagnostic. Ces faits ne peuvent donc infirmer la valeur du séro-dia-

gnostic. Ils montrent seulement que l'absence d'un signe, même de très haute importance, ne suffit pas à écarter un diagnostic qui est légitime à d'autres égards.

Pathogénie et prophylaxie de l'atrophie musculaire et des douleurs des hémiplégiques. — M. Gilles de la Tourette. Sur vingt malades hémiplégiques pris en bloc dans notre service de chroniques, dix-sept présentent une amyotrophie très marquée, et chez eux cette amyotrophie se superpose à une arthrite avec ankylose, plus ou moins complète, presque toujours douloureuse; elle se limite au territoire articulaire.

On peut donc penser que l'amyotrophie et les douleurs des hémiplégiques sont d'origine articulaire. Ce qui corrobore cette opinion, c'est que les trois hémiplégiques non amyotrophiques et non douloureux ne présentaient pas d'arthrite. La cause de cette arthrite, qui siége le plus souvent au niveau de l'épaule, réside dans l'immobilisation du membre par la paralysie avec contracture. Les trois malades qui en étaient indemnes avaient eu soin de mobiliser ou de faire mobiliser leurs membres paralysés dès le début de l'hémiplégie.

D'ailleurs, en dehors de la statistique précédente, nous pouvons affirmer que chez les malades de la ville qui, à l'inverse de ceux des services d'incurables, sont vus dès le début de l'hémiplégie, nous avons toujours pu — à moins de contracture excessive, fort rare — éviter par des mobilisations quotidiennes et poursuivies l'apparition de l'arthrite, de l'amyotrophie et des douleurs qui sont la règle chez les hémiplégiques abandonnés à eux-mêmes.

M. Marie. Les douleurs et les amyotrophies des hémiplégiques peuvent résulter de deux causes très différentes, à savoir de lésions articulaires ou péri-articulaires et de lésions centrales.

Paralysie bulbaire asthénique descendante avec autopsie (syndrome d'Erb). — MM. Widal et Marinesco. On sait que le syndrome d'Erb se caractérise par une parésie portant principalement sur les muscles régis par les nerfs craniens, atteignant ensuite les muscles du cou, puis, par voie descendante, gagnant les muscles des membres supérieurs et inférieurs. La distinction avec les polio-encéphalomyélites réside non dans le siège, mais dans la nature des manifestations symptomatiques d'ordre musculaire: myasthénie, c'est-à-dire parésie survenant surtout par épuisement, après la fatigue du muscle, et pouvant par conséquent être variable d'une heure à l'autre; réaction myasthénique de Jolly, c'est-à-dire contraction musculaire s'affaiblissant graduellement sous l'influence d'un courant induit tétanisant; absence d'atrophie musculaire et de réaction de dégénérescence, telles sont les manifestations par lesquelles le muscle produit sa souffrance dans le syndrome d'Erb.

Les observations cliniques sont rares et les autopsies, pratiquées exceptionnellement, ont jusqu'ici été muettes, si bien qu'Oppenheim a pu appeler la maladie « paralysie bulbaire sans lésions anatomiques. »

Nous avons eu l'occasion de suivre un sujet atteint d'une forme spéciale de la maladie, à marche aiguë, présentant quelques symptômes particuliers. L'examen nécropsique, fait avec les nouvelles méthodes histologiques, nous a permis de déceler des lésions cellulaires jusqu'ici inconnues dans cette affection

Notre malade âgé de 31 ans, tuberculeux depuis quatre ans, a commencé par éprouver, sans cause aucune, une céphalalgie intense. Après dix jours de ce malaise survint brusquement un ptosis, simple d'abord, double le lendemain. Le surlendemain, parésie de la langue. A l'entrée du malade à l'hôpital, sept jours après le début des phénomènes paralytiques, on constate une paralysie faciale gauche légère.

La langue est inerte sur le plancher buccal, les lèvres ne peuvent plus siffler, le voile du palais est procidant, la voix est altérée. On note les troubles de la phonation et de la déglutition qui caractérisent la paralysie labio-glosso-laryngée.

La tête roule sur les épaules et, lorsque le malade se met sur son séant, il est obligé de la soutenir avec sa main; il la porte, en outre, en arrière, et le facies est celui d'Hutchinson.

On observe toujours un ptosis double. Réaction pupillaire normale, diplopie homonyme dans le champ visuel externe, des deux côtés. On note une paralysie dans le domaine du moteur oculaire externe et une parésie partielle dans le domaine du moteur oculaire commun ; ce sont là deux symptômes oculaires exceptionnels dans la maladie qui nous occupe.

La force musculaire s'affaisse dans les membres supérieurs à mesure que le malade fait des mouvements. La faiblesse des membres inférieurs apparaît lorsque le malade est debout. Pas d'atrophie musculaire.

La plupart de ces symptômes présentaient dans leur intensité des variations d'un jour à l'autre, parfois d'une heure à l'autre suivant l'état de fatigue ou de repos de certains muscles.

Le malade a été pris, à plusieurs reprises, d'accès de suffocation; le dernier l'a emporté.

L'affection a évolué suivant le type aigu, en seize jours depuis l'apparition du premier ptosis. La température avait oscillé entre 38° et 39° pendant les sept derniers jours.

L'examen histologique des centres nerveux ne nous a permis de déceler aucune lésion par l'usage des procédés ordinaires. Par contre, l'emploi de la méthode de Nissl nous a fait reconnaître des altérations des éléments chromatophiles, limitées plus particulièrement aux cellules des noyaux bulbaires supérieur et inférieur et à celles de la moelle cervicale. L'intensité des lésions de ces cellules était proportionnelle aux symptômes observés pendant la vie dans le domaine des nerfs qu'elles régissaient. Nous avons pu reconnaître les trois espèces de chromatolyse décrites par l'un de nous : le type périnucléaire, le type diffus et le type périphérique.

Les altérations des corpuscules chromatiques n'ont rien de spécial; on les retrouve dans des états pathologiques différents et notamment dans les intoxications. On pourrait penser que la paralysie asthénique résulte d'intoxications endogènes ou exogènes, dont la nature reste encore à préciser. Déjà dans l'étiologie des malades on a relevé des infections diverses, telles que l'érysipèle, la fièvre typhoïde, l'influenza, et, dans notre cas, la tuberculose. Mais combien peu de cas de syndrome d'Erb pour tant de malades atteints de ces infections diverses ! Aussi, dans l'état actuel de nos connaissances, ne peut-on vraiment conclure à un rapport de cause à effet entre ces infections et la paralysie asthénique.

Nous avons donc, pour la première fois, constaté des lésions chromatiques des cellules nerveuses dans un cas de paralysie asthénique.

Ce fait nous permet-il de conclure à un rapprochement entre la paralysie asthénique et la polio-encéphalo-myélite ? Oui, si l'on prend en considération l'existence d'un substratum anatomique ayant même localisation nucléaire dans les deux affections ; non, si l'on tient compte de la nature et du degré des lésions constatées dans les deux maladies.

Notre examen anatomique, tout en nous montrant même topographie des lésions, nous décèle des altérations d'un autre ordre et l'on peut admettre deux maladies différentes résultant de lésions distinctes des mêmes systèmes anatomiques.

Sable intestinal. — M. Mathieu montre un échantillon de sable intestinal provenant d'un malade qui, contrairement à la règle, n'était pas atteint d'entérite muco-membraneuse. C'était un simple constipé qui, à plusieurs reprises, fut atteint de douleurs telles que l'on put croire à des coliques appendiculaires. On comprend mal que ces grains très fins produisent des coliques aussi douloureuses ; on ne peut invoquer le même mécanisme que pour les coliques hépatiques ou néphrétiques. Il faut donc admettre que ces douleurs proviennent de causes différentes, et qu'elles sont produites les unes par une entérite muco-membraneuse, les autres par des efforts de la paroi musculeuse du tube intestinal sur un bol fécal trop volumineux.

Azoturie dans la périty phlite. — M. Revilliod (de Genève) apporte un certain nombre de faits établissant que pendant l'évolution de la périty phlite l'azoturie est constante (de 40 à 60 et même 80 gr. d'urée par jour), alors même que les malades sont à la diète. Cette azoturie aurait une valeur diagnostique d'autant plus grande qu'on ne la rencontrerait dans aucune autre phlegmasie des fosses iliaques et du petit bassin.

Pour M. Revilliod, l'explication anatomique de ce fait bizarre pourrait être cherchée dans la disposition vasculaire des différents organes du bassin. On sait que le cæcum est tributaire de la veine porte, et que les veines des autres organes se rendent dans le système cave. Les produits septiques fabriqués par le cæcum sont donc transportés directement dans le foie qui les transforme en urée. Les produits septiques des autres organes sont, au contraire, entraînés dans la circulation générale et brûlés dans l'appareil pulmonaire.

Sur la fréquence des troubles du réflexe pharyngé et de la parole dans les lésions de l'hémisphère droit du cerveau. — MM. Kattwinkel et P. Marie ont recherché comment se comporte le *réflexe pharyngé* de l'attouchement dans l'hémiplégie de cause cérébrale due à une lésion de l'un ou de l'autre hémisphère.

Ces recherches, faites sur 50 hémiplégiques gauches, et 0 hémiplégiques droites pris au hasard à Bicêtre, ont donné les résultats suivants :

a) Hémiplégie gauche : ce réflexe était aboli chez 25 malades, diminué chez 14.

b) Hémiplégie droite : aboli chez 2 malades, diminué chez 5.

La différence est donc considérable.

Les modifications des réflexes pharyngé et laryngé sont donc beaucoup plus fréquentes dans l'hémiplégie gauche ; de plus les *troubles de la déglutition* sont aussi plus fréquents et plus intenses dans l'hémiplégie gauche.

Un autre fait non moins curieux, c'est la fréquence des *troubles de la parole* à la suite des lésions de l'hémisphère droit. En effet, sur les 50 hémiplégiques gauches, les auteurs ont noté 25 fois l'existence de *troubles permanents* de la parole, et 16 fois des *troubles passagers*. Les troubles de la parole sont donc fréquents dans l'hémiplégie gauche. Ils ont d'ailleurs un aspect différent de celui qu'ils revêtent dans l'hémiplégie droite ; dans cette dernière, il s'agit d'aphasie véritable, avec altération du langage intérieur ; dans l'hémiplégie gauche, au contraire, la notion est intacte, c'est l'articulation des mots qui est altérée, ces malades sont des *dysarthriques*.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 avril 1897. — Présidence de M. Bouloumié.

La séance est ouverte à 4 h. 1/4 par la lecture du procès verbal qui est adopté, après une observation de M. Tissier sur une erreur d'impression dans son rapport (1).

Correspondance imprimée. — Revues et journaux habituels.

Correspondance manuscrite. — 1° Lettre de M. Marmisse, membre correspondant à Bordeaux, annonçant l'envoi d'une communication sur l'orchido-thérapie par voie rectale (*sera faite dans la prochaine séance*). — 2° Lettre de candidature comme membre correspondant de M. Roberto Massalongo (de Vérone), qui envoie un opuscule sur *La diplégie cérébrale de l'enfance*. *Commission* : MM. Bianchi, Besnier, Gillebert Dhercourt, *rapporteur*. — 3° Lettre de M. Planet indiquant qu'il lui est impossible d'assister à la séance.

M. le Président annonce la nomination à l'Académie de médecine de M. Richelot, membre titulaire de notre Société. Il lui envoie, au nom de tous, ses plus chaleureuses félicitations.

Rapport de M. Leudet sur la communication de M. Mourão Pitta : « Deux mots sur Madère ». — Messieurs, je viens, au nom de la Commission dont vous m'avez nommé rapporteur, vous rendre compte du travail : « Deux mots sur Madère », que M. le Dr Mourao Pitta vous a lu, dans la dernière séance, à l'appui de sa candidature au titre de membre *correspondant*.

Définir un climat, l'étudier dans ses éléments constitutifs, dans ses facteurs-prépondérants, le caractériser par ses effets sur l'homme sain ou sur l'homme malade, est une des questions les plus ardues de l'hygiène et de la thérapeutique générales. Si le rôle du météorologiste est relativement simple, celui du médecin est singulièrement difficile. Nous avons beau connaître les moyennes et les extrêmes thermométriques et barométriques d'une station sanitaire, le degré de sécheresse ou d'humidité, l'ensoleillement et la luminosité, le calme ou l'agitation de son atmosphère, le régime de ses vents, la pureté de son air, la constitution de son sol, nous n'avons là qu'un des éléments du problème, et le moins important ; nous avons simplement ce que j'appellerai la matière médicale de l'agent hygiénique et thérapeutique que nous avons à manier. Mais l'action physiologique et pathogénétique de cet agent,

(1) Dans le compte-rendu de la séance du 27 mars, p. 220, ligne 13, lire : Les crises aphasiques intermittentes ne sont pas très rares, une de mes malades âgée de 73 ans..... des engourdissements, des contractures douloureuses dans les pieds, etc....

son action préventive ou curative, de quelle nature sera-t-elle? et comment va-t-elle s'exercer? Voilà la vraie solution du problème à trouver; c'est celle que nous cherchons et elle ne nous sera donnée que par la clinique.

Quelque précises, quelque scientifiques que soient les lois écrites et formulées par les instruments les plus ingénieux, les plus impeccables du météorologiste, elles n'ont rien d'absolu; il faut bien que, moi médecin, je les interprète au gré des modalités cliniques que présente mon malade. Et lorsque ce malade est un phtisique, de quelles conditions multiples, variées, changeantes, toujours adéquates à son état de santé, ne dois-je pas tenir compte, pour le faire bénéficier de son séjour dans la station climatérique choisie.

Sans doute la pureté de l'air, son égalité de température, le calme de l'atmosphère, sont les facteurs obligés de tout bon climat pour nos poitrinaires. Mais ce sont des facteurs que l'on rencontre aussi bien dans la plaine que dans la montagne, au bord de la mer comme dans l'intérieur des terres. Et pourtant, nous n'enverrons pas indifféremment nos phtisiques dans un climat maritime ou dans un climat continental, dans un climat d'altitude ou dans un climat du Midi.

Si les altitudes conviennent au tuberculeux lymphatique, scrofuleux, obèse, à celui qui a besoin d'être stimulé au point de vue nutritif et nerveux, elles ne conviennent pas au tuberculeux congestif, neuro-arthritique, au tachycardiaque, à l'hystérique, à l'asthmatique, à l'hématurique, à l'hypochondriaque, à celui qui s'enrhume facilement... Pour le climat méditerranéen ou océanien, je trouverais les mêmes distinctions, les mêmes oppositions cliniques.

C'est donc le malade, et le malade seul, qui nous fournit les signes indicateurs de l'heureuse influence que peut avoir sur lui tel ou tel climat.

Ces considérations générales ,qui paraissent m'éloigner de l'étude sur Madère de M. le Dr Pitta, m'en rapprochent au contraire.

Madère a été de tout temps un lieu de refuge pour tous les valétudinaires, pour les prédestinés à la tuberculose, pour tous les délicats des bronches, tous les vulnérables du poumon.

M. le Dr Pitta énumère avec complaisance les avantages climatériques de cette île, que l'on a pu nommer sans hyperbole « la première résidence hivernale du monde. » Il en fait ressortir avec soin la douceur et l'égalité de la température, le calme et l'humidité tiède de l'atmosphère, l'absence de poussière, la richesse de la végétation. Joignez à cela la possibilité de s'installer et de vivre sur des hauteurs progressivement croissantes, etc., toutes conditions atmosphériques et telluriques, qui empêchent ou réfrènent la contagiosité morbide, la propagation de la semence tuberculeuse.

Toutes ces conditions topographiques et atmosphériques font de Madère l'opposé comme station sanitaire des stations de l'Egypte et des altitudes alpestres. Autant Le Caire, Davos et Leysin sont toniques et stimulants, autant Madère est calmant et sédatif. Aussi l'île de Madère réclame-t-elle surtout, parmi les phtisiques, les irritables, les fébricitants de la 1re période, et certains congestifs et éréthiques des 2e et 3e périodes.

Je crois, Messieurs, vous avoir montré tout l'intérêt du sujet traité par M. Pitta, et j'ai l'honneur de vous proposer :

1° De déposer honorablement son mémoire dans nos archives.

2° D'inscrire son nom sur la liste des candidats au titre de membre *correspondant*.

Les conclusions favorables du rapport de M. Leudet sont mises aux voix et adoptées.

M. le président fait remarquer, à propos de cette communication, l'importance qu'il y a à spécialiser les diverses stations d'après leurs diverses influences de climat, d'altitude, etc... On a trop tendance aujourd'hui, à propos des sanatoria, à passer condamnation sur toutes ces considérations qui ont leur importance.

M. Jullien. Comme membre de la Commission sur la tuberculose, je tiens à faire remarquer un fait qui m'a vivement frappé dans le travail de M. Pitta, et qui me semble aussi démonstratif, aussi précis qu'une expérience de laboratoire. Déjà M. Guiter nous avait prévenus de l'importation tuberculeuse dans les stations climatériques par la clientèle qui y vient affluer, et vous vous rappelez ce détail significatif relatif a la mortalité grande des blanchisseuses à Cannes, par la phthisie pulmonaire.

Que lisons-nous dans le travail si remarquable de notre confrère? L'histoire d'un domestique qui reçoit à la mort de son maître ses effets de garde-robe, et qui meurt dans l'année, laissant une femme et deux enfants destinés à mourir peu après, tous emportés par le mal qui avait amené le maître, le comte L... à se faire soigner à Madère. Et les antécédents personnels ou familiaux de ces domestiques étaient exempts de toute taxe, et lui-même était d'une complexion robuste, presque herculéenne.

Je ne sais rien de plus saisissant que cette observation, qui, je suis sûr, se reproduit à nombre d'exemplaires dans les pays où le phthisique vient cracher ses derniers poumons. Elle confirme, avec toute l'autorité qui s'attache au nom de M. Pitta, les idées que nous nous sommes efforcés de faire prévaloir dans la Commission, et que M. Bouloumié a mises en relief avec tant de lucidité dans son rapport.

MM. Leudet et Fraignaud pensent qu'il y a exagération au point de vue pratique, dans cette transmission de la tuberculose qui menacerait ainsi tous les médecins en particulier. Et, n'avons-nous pas tous connu des sujets, vivant de longues années intacts auprès et en compagnie de tuberculeux?

M. Dubuc croit à l'influence néfaste des tuberculeux habitant en grand nombre un espace restreint.

M. Millée. Notre éminent confrère le Dr Fraignaud vient de nous dire qu'il connaissait des tubereuleux ayant vécu plusieurs années au milieu de membres de leur famille sans avoir contagionné ceux-ci. A mon avis cela ne prouve qu'une chose, c'est que ceux qui sont en contact avec des tuberculeux sans le devenir ont de la chance et qu'ils sont réfractaires. Permettez-moi de vous citer un cas analogue et cependant à l'occasion d'une infection des moins discutables. Personne ne songerait à nier la contagion de l'ophthalmie blennorrhagique, je viens cependant d'être témoin d'un insuccès dans une tentative d'inoculation de cette affection. Vous savez que dans certains cas de granulations, des ophthalmologistes ont tenté de provoquer une ophthalmie blennorrhagique pour modifier l'état de la cornée et de la muqueuse. Il y a quelques semaines, j'ai vu tenter ce procédé sans succès chez un enfant d'une dizaine d'années qui aurait été justiciable de ce traitement auquel on n'a jamais recours que dans les cas où la vision est très compromise,

quand tous les autres moyens ont échoué. Cela prouve ue malgré la virulence de l'écoulement blennorrhagique lui-ci a été sans action parce que l'on s'est trouvé en ésence d'un sujet réfractaire. Il peut en être de même our la tuberculose. A ce propos, je déclare que je suis onvaincu de sa contagion et que j'aurais, par exemple, les us grandes craintes d'habiter un appartement dans lequel saurais qu'un tuberculeux a pu séjourner, et, en général n'entrerais pas dans un nouvel appartement sans que elui-ci ait été remis à neuf et désinfecté avec le plus rand soin.

M. Leudet persiste à croire à la contagiosité de la tuberulose, mais pas au même degré que certaines autres maadies dans lesquelles la contagion est presque fatale.

M. Bouloumié résume la discussion en insistant sur la écessité absolue de s'opposer par tous les moyens aux gents de propagation de la tuberculose, par le moyen de a désinfection des crachats et des vêtements en particulier.

Ces idées sont du reste celles de tous les membres de la ociété de médecine de Paris.

Rapport sur la candidature de M. Pierre Vigier, au itre de membre associé résidant au nom d'une commission omposée de MM. de Crésantignes, Dehenne, Villeprand, apporteur. — M. Villeprand. M. Pierre Vigier, à l'appui le sa candidature au titre de membre associé résidant, ous a soumis une note sur la benzoate de bismuth. Ce médicament serait, d'après lui, destiné à remplacer très vantageusement le salicylate de bismuth auquel il adresse des reproches sérieux. Le salicylate de bismuth, avant la publication du supplément du Codex de 1895, était livré communément avec des différences de 15 à 50 p. 100 dans ses proportions en acide salicylique.

En 1895, la commission du Codex, dont faisait partie M. P. Vigier, a porté remède à ce défaut essentiel très préjudiciable à la clinique, en prescrivant de délivrer désormais le sel basique de ce produit, lequel est plus stable et qui contient le quart de son poids d'acide salicylique.

Mais, restent d'autres inconvénients. L'acide salicylique comme l'acide benzoïque sont destinés à devenir libres par suite des transformations que subit dans l'économie leur association au bismuth. C'est donc entre eux que doit s'affirmer notre préférence.

L'acide salicylique est soluble dans 413 parties d'eau. — L'acide benzoïque l'est dans 200.

L'acide salicylique est caustique. — L'acide benzoïque ne l'est pas.

Un gramme d'acide salicylique ne stérilise que 60 centimètres cubes de bouillon très nutritif. — Un gramme d'acide benzoïque en stérilise 410 centimètres cubes, soit près de sept fois plus. — L'acide salicylique est toxique à la dose de deux grammes chez les albuminurique. — L'acide benzoïque ne l'est pas.

Deux fois plus soluble, sept fois plus antiseptique, s'éliminant plus facilement, non toxique, et j'ajoute, ne revenant pas plus cher, voilà j'imagine, d'excellentes raisons pour adopter le benzoate de bismuth. Le dernier mot est à l'expérimentation clinique. Je suis convaincu qu'elle confirmera les données de la chimie.

L'œuvre de M. P. Vigier ne se borne pas là. Il est depuis longtemps un collaborateur direct des médecins par la nature de ses études. De 1882 à 1890, il donne à la *Gazette hebdomdaire de médecine* plus de 150 articles, parmi lesquels beaucoup de travaux originaux et de nouvelles formules de médicaments dont vous avez eu certainement connaissance. Qu'il me suffise de citer son étude de la pepsine, qui a amené l'insertion au Codex d'un nouveau procédé d'analyse de cette substance et l'introduction du Vin et de l'Elixir de pepsine qui était combattue par les physiologistes. Je note encore ses études sur les analyses du lait, sur le moyen d'obtenir le phosphure de zinc entrevu seulement avant lui par les chimistes, et son application en thérapeutique; l'inefficacité de l'essence de térébenthine dans l'empoisonnement par le phosphore; l'emploi du talc dans l'industrie et en médecine; les études sur le drosera, sur les diverses préparations d'aconit; la préparation du coton picrique et sa puissante action antiseptique; un travail sur les diverses préparations de goudron; l'absorption des médicaments par la peau d'après le véhicule employé, etc. J'arrête ici mon énumération pour ne pas lasser votre attention.

M. Pierre Vigier a déjà reçu la récompense de ses travaux. Il est chevalier de la Légion d'honneur, officier de l'Instruction publique, ancien interne en pharmacie des hôpitaux, ancien préparateur de chimie à l'Ecole polytechnique, président honoraire de la Société de pharmacie, de la Société de Thérapeutique et de la Chambre syndicale des pharmaciens de Paris et de la Seine. Il est membre de la Société chimique, de la Société de Médecine et de Chirurgie pratiques, de la Société Médico-Chirurgicale de Paris. Il a été trois fois membre de la Commission chargée d'établir une nouvelle édition du Codex. Il a été présenté plusieurs fois comme candidat à l'Académie de médecine, par la section de pharmacie.

Votre Commission estime que la Société de Médecine de Paris fera en M. Vigier une excellente recrue et vous propose de l'admettre comme membre asssocié résidant.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées, le vote sur l'élection aura lieu dans la prochaine séance.

M. Jullien. La très intéressante communication de M. Vigier me rend compte d'une particularité qui m'avait singulièrement frappé avant que notre collègue nous eût fait part de ses observations sur le salicylate de bismuth.

Vous savez tous que le sous-nitrate de bismuth en injection a desséché un nombre incalculable de canaux, c'est un des mille moyens qui réussissent souvent, non pas toujours, hélas! dans le traitement de la goutte militaire. Il y a une douzaine d'années, quand le salicylate de bismuth fut introduit en thérapeutique, je le substituai au sous-nitrate, et réalisai ainsi une injection fort efficace, telle qu'elle est inscrite au formulaire de la 2e édition de mon *Traité*. Mais au bout d'un certain temps, je m'aperçus que quelquefois les malades se plaignaient; une fois sur cinquante peut-être, mon topique doux avait un effet irritant et presque caustique, et je restai sans aucune explication sur cette exception.

L'explication, M. Vigier vient de me la donner, en nous montrant la diversité des salicylates. Dans la plupart des cas mes malades avaient usé du sel neutre, une fois par hasard le sel acide leur avait été donné.

Instruit par notre collègue, je substituerai désormais le benzoate au salicylate, avec l'espoir de compter sur des effets réguliers et constants.

M. Tissier dit s'être servi avec avantage pour le même usage de la craie de Meudon.

M. le Président salue M. le Dr Armengaud, professeur

agrégé à Bordeaux, membre correspondant, qui assiste à la séance.

M. Buret lit son travail de candidature au titulariat sur **La médecine à Rome avant l'ère chrétienne.**

M. le président remercie M. Buret de son intéressante communication.

Une Commission chargée d'examiner ce travail est composée : MM. de Ranse, Christian et Morau, rapporteur.

M. de Ranse offre à la Société de la part de M. le Dr Fabre (de Commentry), un travail intitulé : *Charles Nodier, naturaliste et médecin.*

Une lettre de remerciement sera adressée à M. Fabre à propos de son travail.

M. Voisin lit une observation sur **Des accidents psychiques à la suite d'insufflations iodoformiques dans la cavité utérine** (*sera publié*).

M. Polaillon a vu quelquefois un commencement d'accidents d'intoxications à la suite de pansements iodoformiques, mais tout se borne en général à de l'inappétence, du délire, des vomissements, et les accidents s'atténuent et finissent par cesser complètement. Il importe de ne pas employer de gaze iodoformée trop concentrée.

M. Jullien croit également que les intoxications graves par l'iodoforme sont extrêmement rares, même chez les enfants où il a été à même de donner souvent l'iodoforme, même à l'intérieur. Au reste la pratique du bourrage de l'utérus par la gaze iodoformée s'est extrêmement répandue et si elle présentait quelque danger d'intoxication, ce n'est pas un cas, c'est 100 cas qui seraient livrés à notre observation. On ne peut donc qu'approuver les réserves formulées par le judicieux auteur.

M. Martin Durr fait une communication sur **Les premières radiographies faites sur le poumon sain et sur le poumon malade.**

J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine de Paris, le résultat des recherches que j'ai faites sur la possibilité de photographier sur le vivant, au moyen des rayons X, la totalité de la cavité thoracique, afin de préciser les modifications que la maladie imprime, par rapport à ces rayons, aux différents organes contenus dans cette cavité.

La première photographie est une radiographie totale d'un thorax normal. La poitrine est vue de dos. On y voit nettement les différents os qui composent la cage thoracique : au milieu, la colonne vertébrale d'où partent de chaque côté les côtes. Sur les côtés et en haut les omoplates, auxquelles viennent s'articuler les clavicules et les têtes humérales. Le diaphragme forme une bande foncée, au-dessous de laquelle l'abdomen se présente d'une façon confuse.

Au-dessus du diaphragme, à gauche, est un espace triangulaire foncé, à base inférieure située sur le diaphragme et qui représente le cœur. Celui-ci est couché sur le diaphragme. Sa pointe est très nettement indiquée en bas et à gauche. Sa masse va s'amincissant de bas en haut jusqu'à se confondre avec la bande foncée formée par la superposition de la colonne vertébrale et du sternum.

Enfin, de chaque côté de la bande foncée médiane formée par la superposition de la colonne vertébrale et du sternum, bande renforcée à gauche par la masse triangulaire opaque constituée par le cœur, se trouve un espace clair remplissant tout le reste de la cavité thoracique et représentant les deux poumons.

Le cœur est opaque aux rayons Rœntgen ; les poumons sains, au contraire, sont transparents.

La seconde photographie est une radiographie totale d'un thorax dont le poumon gauche présente une induration du sommet. La différenciation est très frappante, du poumon sain qui est transparent aux rayons Rœntgen, d'avec le poumon malade qui apparaît fortement opaque.

Il est donc possible d'obtenir, au moyen des rayons X, sur le vivant, des représentations totales des organes de la cavité thoracique et en particulier du poumon et de ses maladies.

La radioscopie se trouve ainsi complétée, celle-ci permet de *voir* les modifications subies par les différents organes de la cavité thoracique.

La radiographie représente un document persistant et immuable. Elle aura l'avantage de permettre de comparer les lésions du même poumon à des époques successives avec plus de rigueur que n'en peuvent permettre de simples souvenirs en des notations écrites. Pour cela, de très grandes photographies donnant la totalité du thorax sont nécessaires, parce que seules elles permettent d'avoir des points de comparaison suffisants.

Le vote donne lieu aux résultats suivants : M. Grasset est nommé membre titulaire par 22 voix (1 bulletin blanc); M. Hugues (de Saïda) est nommé membre correspondant national par 21 voix (1 bulletin blanc).

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire : Mouzon.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(Ier et IIe arrondissements)

Séance du 17 novembre 1896. — Présid. de M. A. Chassevant.

Correspondance. — Lettre d'excuses de M. Er. Richard, président.

Rapport de M. Bretonneau sur la candidature du Dr Beausse reçu à l'unanimité membre de la Société.

M. Vignes communique l'observation d'une malade âgée de près de 60 ans, diabétique, atteinte d'hémianopsie gauche qui fut atteinte de paralysie faciale gauche avec ptose du côté droit. Ces lésions paraissent dues à une hémorragie centrale que l'on ne peut localiser dans la couche corticale parce qu'alors les troubles seraient plus étendus. La ptose droite concordant avec la paralysie facile gauche indique que l'hémorrhagie s'est faite dans la région des faisceaux pédonculaires, au niveau de l'entrecroisement. M. Vignes a soumis le cas à M. Féret qui partage son opinion.

M. Chevallereau objecte qu'il n'est pas nécessaire de chercher un foyer d'hémorragie unique pour expliquer plusieurs lésions, alors que chez un diabétique il peut se faire simultanément plusieurs foyers.

Dans le service de Charcot, M. Chassevant vit jadis un malade atteint de ptose d'un côté et de paralysie faciale de l'autre. Charcot porta le même diagnostic que M. Vignes.

M. Vignes répond qu'il ne rattache pas à la même cause l'hémianopsie et la paralysie faciale qui ne datent pas de la même époque, mais il lui semble plus facile d'expliquer par une lésion unique localisée à la protubérance la paralysie faciale et celle de la paupière survenues dans la même nuit.

M. Suss rapporte le cas d'un malade atteint de *tuberculose miliaire subaiguë* ayant évolué vers une guérison qui paraît devoir se maintenir (V. *France méd.*, n° 13, p. 193).

Le Secrétaire : Dr Sebillotte.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIe ARRONDISSEMENT

Séance du 29 juin 1896. — *Présidence de* M. Dromain.

M. Dromain souhaite la bienvenue à M. Moutard-Martin, qu'on a trop rarement l'occasion de voir parmi nous, et lui demande de donner à la société des nouvelles de la santé de notre président, M. Després.

M. Moutard-Martin dit que la santé de M. Després s'est améliorée depuis ces derniers temps et qu'il y a tout lieu d'espérer que notre président sera bientôt suffisamment valide pour reprendre à la Société médicale du VIe des fonctions qui lui sont particulièrement agréables à remplir.

M. Dromain envoie les félicitations de la Société à l'un de ses membres, M. Philbert, qui vient d'être décoré récemment.

M. Genesteix lit une lettre de M. Wuillomenet, qui remercie la Société de l'avoir admis en qualité de membre titulaire.

M. Genesteix fait part des condoléances qu'il a adressées au nom de la Société à M. Deville, conseiller municipal, à l'occasion de son accident, et il ajoute qu'il n'a reçu aucune réponse.

M. Depasse demande l'avis de ses collègues sur la conduite à tenir dans un cas particulièrement intéressant :

Il s'agit d'un monsieur, marié, qui fit venir récemment M. Depasse pour le consulter au sujet d'une ulcération du gland. Le malade voulait savoir d'une manière précise et définitive s'il avait la syphilis. Il ajoutait qu'il n'avait eu de rapports qu'avec sa propre femme, de sorte que si son affection était réellement syphilitique, il était prêt à en faire porter à sa femme toute la responsabilité et aussi toutes les conséquences. La syphilis n'était pas douteuse, mais M. Depasse ne se crut pas autorisé, en tant qu'homme, à dire la vérité, et il déclara qu'il n'y avait pas syphilis.

M. Dauchez est d'avis qu'il eût mieux valu temporiser et se garder en tout cas une porte de sortie.

M. Dromain fait remarquer que la femme n'est peut-être pas syphilitique et que son mari, ne se sachant pas contagieux, va peut-être la contaminer. Comme conclusion, avant de parler, il fallait examiner la femme.

M. Moutard-Martin dit qu'il n'eût pas suffi d'examiner la femme. Elle n'est peut-être pas syphilitique, mais elle a pu néanmoins syphiliser son mari. Que va faire M. Depasse quand arriveront les accidents secondaires?

M. Bonnefin croit qu'on peut toujours tromper le malade et lui assurer qu'il s'est contaminé en dehors d'un coït.

M. Valude est d'avis qu'il fallait dire la vérité, attendu qu'il faudra la lui dire plus tard.

M. Depasse a la conviction qu'il a pu éviter un malheur, peut-être même un crime, étant donnée la surexcitation de ce malade. D'ailleurs, il ne s'en est pas tenu là. Il a fait venir la femme, l'a examinée avec soin sans trouver trace de syphilis. Il a pu d'autre part lui faire avouer qu'elle avait un amant, et cet amant était nettement syphilisé. La femme n'a donc fait que transporter la syphilis de l'un à l'autre, sans être elle-même contagionnée. M. Depasse se réserve maintenant d'examiner la femme en présence du mari, et d'instruire ce dernier d'une partie de son malheur, sa femme restant innocente à ses yeux. M. Depasse estime que cette façon d'agir est à la fois prudente et avisée; elle lui a permis de répondre à toutes les indications et d'éviter de graves complications de famille.

M. Dauchez cite un cas à peu près analogue. Il s'agit d'une jeune domestique placée dans une famille dans laquelle se trouvait un jeune homme en puissance de vérole, et décidé à ne pas se soigner malgré l'avis de M. Dauchez, qui avait, à ce sujet, averti son frère. Cette jeune domestique arrive un jour chez M. Pauchez avec une éruption sur la peau. M. Dauchez étant données les circonstances, crut à la syphilis. Il envoya la malade à Saint-Louis, et M. Hallopeau diagnostiqua du psoriasis. M. Dauchez fut donc pendant quelque temps très ennuyé et embarrassé, à cause de sa responsabilité vis-à-vis de la famille.

M. Depasse dit que la loi défend absolument de déclarer aux maîtres la maladie d'un domestique, quelle que soit cette maladie. Un médecin a été condamné l'an dernier pour un fait semblable.

M. Dromain conteste le fait et est d'avis qu'il faut toujours avertir le maître quand un domestique est atteint d'une maladie contagieuse.

M. Depasse conclut qu'on doit se borner à dire : « Je ne peux pas répondre », et que c'est au maître de comprendre.

M. Valude n'hésite pas en pareil cas à déclarer maladie contagieuse sans spécifier la nature de la maladie.

Communication de M. Depasse sur *un cas de scarlatine hyperthermique* (*sera publié*).

M. Moutard-Martin cite un cas à peu près analogue et intéressant à divers points de vue. Il s'agit d'un enfant de 7 ans, fils d'un médecin et atteint de scarlatine après son frère alors guéri. Ce médecin vint chercher M. Moutard-Martin, très inquiet. Il y avait des phénomènes graves : opisthotonos, T. élevée, angine violente. M. Moutard-Martin conseilla toutes les deux heures un bain tiède de dix minutes à une T. de 10°, au-dessous de la T. rectale du malade. Cette T. s'est élevée à 41°,7. Avant la balnéation, l'urine n'offrait pas trace d'albumine. Après vingt-quatre heures de balnéation, il y avait un peu d'albumine. On continua toutefois les bains et l'albuminurie cessa avant qu'on ait cessé les bains.

Le reproche fait à la balnéation de produire l'albuminurie n'est donc pas exact. En outre, les bains étaient admirablement supportés. Le malade lui-même les réclamait.

Depuis ce temps, M. Moutard-Martin a traité par la balnéation tiède beaucoup d'autres affections, entre autres la fièvre typhoïde. Il considère que la balnéation tiède est supérieure à la balnéation froide. Il réserve l'affusion froide aux cas où l'éruption est nulle avec des phénomènes nerveux.

M. Dromain dit à cet égard que les bains froids sont la terreur du public et que les bains tièdes sont bien plus facilement acceptés.

M. Dauchez trouve qu'il est difficile de donner des bains aussi fréquents et qu'il faut avoir pour cela un personnel spécial qu'on ne peut pas exiger dans toutes les familles. Il cite le cas d'un de ses enfants atteint de broncho-pneumonie rubéolique avec 41°,5 et qui guérit très bien avec deux bains tièdes à 25° par jour pendant douze jours.

M. Boissier lit un travail sur *la thèse et le serment à Montpellier* (*sera publié*).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 avril 1897. — Présidence de M. DELENS.

M. DELENS, président, annonce à la Société la mort de Maisonneuve, ancien membre fondateur de la Société de Chirurgie.

Double pied-bot congénital varus équin grave, traité par la tarsectomie double. — Présentation du malade par M. JALAGUIER.

La séance est levée en signe de deuil. F. VERCHÈRE.

VARIÉTÉS

Association des médecins de la Seine.

L'Association des médecins de la Seine a tenu dimanche son assemblée générale annuelle sous la présidence de M. Brouardel. Nous donnons *in-extenso* le discours prononcé par le doyen.

Messieurs et chers Confrères,

Notre dévoué secrétaire général vous exposera, dans un instant, les résultats de l'exercice 1896-1897. Il ressort des faits que le malaise dont souffre le corps médical augmente tous les ans.

La fortune de l'Association semble prospère, les capitaux sont alimentés par de généreux donateurs. Les revenus s'accroissent, mais les besoins de nos confrères, de leurs veuves et de leurs enfants ne se sont jamais caractérisés par des demandes aussi nombreuses, et, malheureusement, aussi justifiées.

Je voudrais chercher avec vous quelles sont les causes de cette situation, je voudrais les croire temporaires.

Dans une de nos dernières assemblées, je vous signalais avec quelle rapidité croissait, dans les diverses Facultés de Paris et de la province, le nombre des étudiants en médecine. Le ministre de l'Instruction publique, sur l'avis du Comité de l'enseignement supérieur, a pris des mesures pour empêcher l'envahissement de la profession médicale par les étrangers.

Un nouveau diplôme, un diplôme universitaire, est en voie de création. Il sera donné aux docteurs et étudiants étrangers qui viennent, au grand profit national, chercher dans nos Facultés un complément de leur instruction médicale, à ceux qui veulent s'initier aux méthodes scientifiques françaises.

Pour lui conserver une valeur égale, il sera obtenu devant les mêmes juges, par les mêmes examens que ceux que conquièrent tous les étudiants, quelle que soit leur origine, mais il ne donnera pas le droit d'exercer la médecine en France : en aucun cas, il ne pourra subir une transformation qui conférerait ce droit.

Pour les étudiants qui demandent, au contraire, à obtenir un diplôme donnant le droit d'exercer, il ne sera pas accordé de dispense, ils passeront leurs baccalauréats et tous les examens. Ils seront traités comme des Français. A un régime de faveur, de pénétration, a donc succédé celui de l'égalité dans les épreuves exigées.

Bien que cette nouvelle réglementation ait écarté, des Facultés de médecine, un certain nombre d'étudiants étrangers, le vide a été vite comblé par l'affluence des étudiants français. A Paris, depuis trois ans, ils dépassent 5.000, représentant le double de ceux qui étudiaient il y a vingt ans.

Remarquez que la progression est la même dans les Facultés de province. Il y a quinze ans, les statistiques estimaient que, dans toute la France, il y avait 11 à 12.000 docteurs en médecine, il y a depuis cinq ans, dans les Facultés, plus de 8.000 étudiants en médecine. Le nombre des praticiens aura triplé dans quinze ans, si quelque circonstance imprévue ne vient mettre un frein à cette surabondance.

Pouvons-nous analyser les causes de cette attraction produite sur les élèves et les familles par la profession médicale ? On a invoqué la situation faite aux étudiants par la loi militaire.

Peut-être celle-ci a-t-elle une influence. Je la crois très faible, car le nombre des candidats sages-femmes a subi la même progression, et pour les étudiants en médecine, à l'étranger, dans les pays où la loi militaire n'a pas été modifiée, les étudiants en médecine croissent avec la même rapidité. Le mouvement est donc général.

J'estime que les conquêtes chirurgicales et médicales de ces dernières années ont une influence bien plus certaine. Il n'est pas de jour où, dans un journal, le père de famille ne lise un article d'hygiène ou de thérapeutique proclamant, parfois avec raison, les progrès accomplis dans telle ou telle branche de la science médicale. Ce père de famille s'imagine que, dans une carrière aussi prospère scientifiquement, son fils trouvera honneur et profit. Il ne comprend pas que tout ce qui diminue le nombre des malades ou assure leur rapide guérison, restreint le rôle du médecin ; tous nous nous réjouissons de ces triomphes, nous souhaitons qu'ils se confirment et que d'autres leur succèdent, mais leur répercussion sur la situation des médecins n'en est pas moins réelle et parfois cruelle.

Cette multiplication du nombre des médecins les oblige pour vivre à se faire une concurrence acharnée, dans laquelle les règles de la loyauté se trouvent en conflit avec les suggestions de la misère menaçante.

Vos anciens, comme moi, n'ont pas oublié qu'à l'époque où sur les bancs du collège ils cultivaient les vers latins, ils terminaient volontiers, lorsque le souffle poétique venait à languir, un vers incomplet par un

... malesadua fames.

Cette augmentation du nombre des docteurs n'est pas la seule cause de la crise que traverse le corps médical.

Les mœurs du public se sont transformées. Autrefois le médecin était avant tout l'ami de la famille, il était le *medicus familiaris*; aujourd'hui son rôle se transforme, on ne vient pas lui demander : Docteur que dois-je faire ? j'ai mal aux yeux, aux oreilles, je tousse, j'ai des coliques hépatiques, etc., mais on lui dit : Donnez-moi donc l'adresse d'un spécialiste ?

Trop heureux encore le client qui pose cette question à son médecin, car en général il reçoit l'indication de son fournisseur, de son concierge, de quelque personne rencontrée au hasard, ou pis encore de son journal qui proclame la valeur de tel ou tel praticien, de tel ou tel remède de telle formule parfois d'ailleurs absolument toxique.

Il n'est pas rare de voir un malheureux qui, sous l'influence d'une cause morbide unique, a une maladie de la peau, une affection des yeux, des troubles cardiaques ou stomacaux, être guidé simultanément mais contradictoirement par cinq ou six spécialistes.

Que se dira le jeune docteur : On ne le dérange que pour demander l'adresse de spécialistes, il se fera lui-même écialiste.

Qu'on ne s'y trompe pas, je ne suis pas l'ennemi des spélistes, et je n'aurais qu'à regarder à côté de moi et dent moi pour savoir quelle part ils peuvent revendiquer ns l'histoire glorieuse de la médecine française, mais ce i caractérise cette période au point de vue de la pratique édicale, c'est l'abus par le client de toutes les bonnes oses, de toutes les facilités que les progrès de la médeine et la bonne volonté des médecins lui ont données our se soigner.

Abus par certaines personnes aisées des soins presque ratuits données aux membres des sociétés de secours utuels ; abus de l'hospitalisation depuis que l'on sait que chirurgie et l'obstétrique ont transformé les services ospitaliers et, par suite, détournement en leur faveur, par s personnes qui se font ainsi soigner, des sommes léguées ux pauvres.

Mes chers confrères,

Je m'excuse d'avoir ainsi assombri cette réunion, mais ous nous trouvons reliés par une idée supérieure, nous oulons tendre une main secourable à ceux qui ont échoué ans leurs efforts, à leurs veuves et à leurs enfants. Est-ce ortir de notre rôle que de signaler les dangers qui les menacent ? N'est-ce pas notre devoir de signaler ces abus et le nous réunir pour tâcher de limiter les effets ?

Aucun de ces problèmes ne nous laisse indifférents et partout où votre président a l'espoir d'être écouté, il dit et l répète, avec des succès divers : La profession médicale souffre de la pléthore de ses membres, elle se trouve en présence de mœurs nouvelles, les victimes de la profession augmentent de nombre, la lutte devient chaque jour plus acharnée, elle inspire mal quelques-uns des combattants, notre devoir à nous, représentants de l'Association des médecins de la Seine, à qui on a légué une tradition de près de soixante-dix ans d'honorabilité et de dignité, est d'avertir les pouvoirs publics, de leur démontrer qu'il faut nous aider à assurer au médecin la possibilité d'exercer sa profession dans les conditions qui, depuis des siècles, lui ont valu le respect de tous les membres de la Société.

Le secrétaire général, M. Henri Barth a donné ensuite lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 58.098 francs, dont 16.365 fournis par les cotisations, 2.765 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés.

Avec ces ressources, l'Association a secouru 3 sociétaires, 61 veuves ou familles de sociétaires, enfin 30 autres personnes appartenant au corps médical de Paris ou du département. De plus, 3 pensions viagères de 1.200 francs, chacune ont été allouées à des sociétaires âgés et infirmes.

Le total des secours distribués s'est élevé à 53.000 francs. Une somme de 3.000 francs a été versée au fonds de réserve.

Les élections du bureau pour le prochain exercice ont donné le résultat suivant : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Guyon et Fernet ; trésorier, M. Genouville.

CORRESPONDANCE

M. le professeur Grasset, président du Comité d'organisation du IVe Congrès français de médecine, nous adresse la lettre suivante que nous nous empressons de publier et à laquelle nous donnons toute notre approbation :

« Montpellier, le 1er avril 1897.

« Monsieur le Rédacteur en chef,

« Les journaux de médecine viennent d'annoncer que le prochain Congrès international d'hygiène et de démographie, qui doit se tenir à Madrid, est renvoyé d'octobre 1897 à *avril* 1898.

« Or, le IVe Congrès français de médecine doit avoir lieu à Montpellier le 12 *avril* 1898, sous la présidence du professeur Bernheim (de Nancy).

« Cette date a été fixée par un vote, en assemblée générale du Congrès de Nancy et publiée dès cette époque (août 1896) dans tous les journaux de médecine. Les questions à l'ordre du jour sont choisies, les rapporteurs désignés. Il ne serait plus au pouvoir de personne de modifier cette date.

« Ne vous semblerait-il pas, comme à nous, profondément regrettable que ces deux Congrès aient lieu à la même époque ? La coïncidence des dates ne pourrait que nuire gravement à l'une et à l'autre de ces réunions scientifiques qui s'adressent, au moins en grande partie, au même personnel médical.

« Le bureau du prochain Congrès français de médecine s'est ému de cette éventualité et a demandé au Comité d'organisation de Madrid de vouloir bien fixer le Congrès d'hygiène au plus tôt au 19 avril 1898 ou de le renvoyer à telle autre date ultérieure qui plaira mieux.

« Si vous partagez notre manière de voir, nous vous serions reconnaissants de vouloir bien donner publiquement la précieuse adhésion de votre journal à notre requête.

« Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef et cher confrère, l'assurance de mon respectueux et affectueux dévouement.

« *Le Vice-Président du IVe Congrès français de médecine,*
« *Président du Comité d'organisation à Montpellier,*
« Dr Grasset. »

NOUVELLES

Récompenses honorifiques. — Par décret ministériel, en date du 23 mars 1897, des médailles d'honneur et des mentions honorables ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense du dévouement dont elles ont fait preuve au cours d'une épidémie de variole qui a sévi à Marseille en 1895 et en 1886 :

Médailles de vermeil : MM. les Drs Coste, Arnaud et Boy-Teissier, médecins des hôpitaux.

Médailles d'argent : MM. Chassy, Gouinet, Jacquemet, internes en médecine, attachés au service des varioleux ; MM. Bel et Sardou, internes en pharmacie.

Médailles de bronze : MM. Niel et Plaignard-Flaissières, externes des hôpitaux, attachés au service des varioleux.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 8 avril 1897, sont nommés aux grades et emplois désignés ci-après :

Au grade de médecin principal de deuxième classe.—M. le médecin-major de première classe Bourdon, désigné pour l'emploi de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Toussaint, maintenu au 26e d'infanterie ; — Vaugy, maintenu au 136e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Laine, désigné pour le 145e d'infanterie ; — Loustalot, désigné pour le 36e d'infanterie.

— Par décision ministérielle en date du 5 avril 1897, les arrondissements d'inspections générales du service de santé ont été arrêtés ainsi qu'il suit pour 1897 et répartis comme ci-après entre MM. les inspecteurs généraux du corps de santé militaire :

Ier ARRONDISSEMENT : Gouvernement militaire de Paris, moins les divisions d'infanterie des 3e, 4e et 5e corps d'armée, stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris ; brigade d'artillerie de Vincennes ; écoles supérieures de guerre, d'application de l'artillerie et du génie, d'application du service de santé militaire, polytechnique spéciale militaire, militaire de l'artillerie et du génie, d'administration militaire, normale de gymnastique, préparatoire d'infanterie de Rambouillet ; orphelinat Hériot ; 2e corps d'armée ; hôpital thermal de Vichy ; 13e section d'infirmiers militaires : école du service de santé militaire. — M. le médecin-inspecteur général Dujardin-Beaumetz, président du Comité technique de santé.

IIe ARRONDISSEMENT : 7e et 8e corps d'armée ; direction de l'artillerie de Bourges ; école militaire préparatoire de cavalerie d'Autun. — M. le médecin-inspecteur Mathieu, direct. du Val-de-Grâce, membre du Comité technique de santé.

IIIe ARRONDISSEMENT : 6e, 4e et 11e corps d'armée ; divisions d'infanterie du 4e corps d'armée, stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris ; pyrénée militaire. — M. le médecin-inspecteur Boisseau, directeur du service de santé du 6e corps d'armée.

IVe ARRONDISSEMENT : 18e, 10e et 5e corps d'armée ; divisions d'infanterie du 5e corps d'armée, stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris. — M. le médecin-inspecteur Morache, directeur du service de santé du 18e corps d'armée.

Ve ARRONDISSEMENT : 12e et 17e corps d'armée. — M. le médecin-inspecteur Kelseh, directeur de l'Ecole du service de santé militaire, membre du Comité technique de santé.

VIe ARRONDISSEMENT : 1er, 3e et 9e corps d'armée ; divisions d'infanterie du 3e corps d'armée stationnées sur le territoire du gouvernement militaire de Paris ; 3e brigade d'artillerie de Versailles ; écoles militaires préparatoires de Montreuil-sur-Mer et des Andelys, d'application de cavalerie militaire, d'infanterie. — M. le médecin inspecteur-Chauvel, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris, membre du Comicé technique de santé et de l'intendance.

VIIe ARRONDISSEMENT : 15e et 16e corps d'armée ; 13e corps d'armée (sauf l'hôpital thermal de Vichy et la 13e section d'infirmiers militaires) ; écoles militaires préparatoires de l'artillerie et du génie de Billom, d'infanterie de Saint-Hippolyte-du-Fort. — M. le médecin-inspecteur Debaussaux, directeur du service de santé du 13e corps d'armée.

VIIIe ARRONDISSEMENT : 19e corps d'armée et division d'occupation de Tunisie. — M. le médecin-inspecteur Émery-Desbrousses, directeur du service de santé du 19e corps d'armée.

IXe ARRONDISSEMENT : 14e corps d'armée et gouvernement militaire de Lyon. — M. le médecin-inspecteur Nogier, directeur du service de santé du 14e corps d'armée et du gouvernement militaire de Lyon.

ARRONDISSEMENT PHARMACEUTIQUE : 12e, 13e, 15e (Corse), 16e, 17e et 18e corps d'armée. — M. le pharmacien-inspecteur Marty, membre du Comité technique de santé.

Nécrologie. — Le Dr GAUTHIER, de Gigny (Jura), reçu en 1892. — Le Dr MAISSONNEUVE, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, né à Nantes, vient de mourir en son château de la Roche-Hervé-en-Missillac (Loire-Inférieure), à l'âge de 87 ans. — Le Dr BURY, ancien maire de Saumur, en 1870, ancien député de Maine-et-Loire, chevalier de la Légion d'honneur, vient de mourir à l'âge de 84 ans.

La mortalité à Paris. — Pendant la quatorzième semaine, du 4 au 10 avril 1897, le service de la statistique a compté 981 décès, chiffre supérieur à celui de la semaine dernière, 943 au lieu de la moyenne 1.067 calculée sur les années 1892, 1894, 1895 et 1896.

Les maladies épidémiques sont plus rares (59 au lieu de 66 et de la moyenne 95), la fièvre typhoïde a causé 4 décès au lieu de 3 et de la moyenne 8, la rougeole se maintenant au chiffre anormal de la semaine dernière 38 décès au lieu de 41 et de la moyenne 24, la coqueluche 5 au lieu de 13 et de la moyenne 6, la diphtérie 11 au lieu de 3 et de la moyenne 20.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par scarlatine.

On a signalé 1 décès par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 28 décès au-dessous de 1 an au lieu de 23 et de la moyenne 38.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 107 décès (au lieu de 127 pendant la semaine précédente et au lieu de 153, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 12 décès (au lieu de la moyenne 19 ; bronchite chronique 20 décès (au lieu de la moyenne 21) ; bronchopneumonie, 37 décès (au lieu de la moyenne 46) ; pneumonie 38 décès (au lieu de la moyenne 41). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 44 décès, dont 27 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 213 décès au lieu de la moyenne 215 ; la méningite tuberculeuse, 28 décès ; la méningite simple, 21 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 41 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 60 décès, et les maladies organiques du cœur, 65 ; le cancer a fait périr 50 personnes. Enfin, 31 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 24 suicides, et 14 autres morts violentes.

On a célébré à Paris 404 mariages.

On a enregistré la naissance de 1.149 enfants vivants (625 garçons et 524 filles), dont 814 légitimes et 335 illégitimes. Parmi ces derniers, 59 ont été reconnus immédiatement.

On a déclaré la mise en nourrice de 339 enfants, dont 11 seront placés à Paris. Parmi ces enfants, 68 seront nourris au sein et 271 recevront une autre alimentation.

On a déclaré la naissance de 100 mort-nés (dont 71 légitimes et 29 illégitimes).

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.
ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.
CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.
NEUROSINE PRUNIER. — Phosphoglycérate de chaux pur.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de Soude VIGIER, à 0 gr. 10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. CHEVALLEREAU.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*